



Nr zamówienia: OZ.271.193.8.2017.MZY.Szkol.Gr.EFS

Załącznik nr 10 do SIWZ

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

O POSIADANIU UPRAWNIENÍ DO WYKONYWANIA OKREŚLONEJ DZIAŁALNOŚCI LUB CZYNNOŚCI

na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu opisanego w rozdz. V SIWZ

Nazwa

Wykonawcy:.....

Siedziba

Wykonawcy:.....

(w przypadku oferty składanej przez Wykonawców ubiegających się wspólnie o udzielenie zamówienia, należy wpisać wszystkich Wykonawców z określeniem ich nazwy i siedziby)

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego, którego przedmiotem jest usługa szkoleniowa pn. **"Opiekun medyczny osób starszych, chorych i niepełnosprawnych z elementami rehabilitacji i językiem niemieckim"**, oświadczam, że /oświadczamy, że jestem wpisany/wpisana*/jesteśmy wpisani* do rejestru instytucji szkoleniowych prowadzonego przez wojewódzki urząd pracy właściwy dla siedziby Wykonawcy, zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy /t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1065/ pod nr.....**

.....
miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć
Wykonawcy

Zamawiający zastrzega sobie prawo do weryfikacji powyższych danych.

Uwaga:

**niepotrzebne skreślić*

***wpisuje Wykonawca*